Zur Kasuistik der akuten Pankreatitis und ihrer operativen Behandlung.

Auszug

aus der

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe

der

Hohen medizinischen Fakultät der Universität Marburg

vorgelegt von

Hans Lindow

Angenommen von der medizinischen Fakultät Marburg am 19. Juli 1920.
Referent: Herr Prof. Läwen.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

MARBURG
Buchdruckerei von Joh. Hamel
1920

Ueber die akuten Entzündungen des Pankreas sind von Guleke, v. Bergmann, Dreesmann, Körte, Doberauer, und anderen zahlreiche Arbeiten veröffentlicht worden. Meiner Abhandlung „zur Kasuistik der akuten Pankreatitis und ihrer operativen Behandlung“ habe ich zwei Fälle zu Grunde gelegt, die beide in der Marburger chirurgischen Klinik in Behandlung waren. An Hand dieser beiden Fälle habe ich die Aetiologie und Pathologie, die Symptome, die Diagnose, nebst Differentialdiagnose, die Therapie und die Prognose der akuten Pankreatitis im allgemeinen besprochen.

Fall I. 54 Jahre alter Mann, sehr fettleibig, zwei Wochen vor Aufnahme in die Klinik plötzlich heftige Leibschmerzen mit Erbrechen unter Stuhl- und Windverhaltung. Anfall klingt ab, tritt aber 14 Tage später erneut auf, sodaß Patient die Klinik aufsucht. Der Aufnahmebefund ergibt links vom Nabel deutliche Darmversteifung, sichere Resistenz nirgends fühlbar, Leib weich, nicht gespannt, Harn frei von Zucker, zeigt Spuren von Eiweiß. Die Diagnose wird auf Ileus gestellt, Laparotomie (Prof. Läwen). Darmschlingen eigenartig injiziert, Dünndarm und Colon gebläht. Das ganze Mesenterium ist bedeckt von zahlreichen gelbgrauen, stecknadelkopfgroßen Knötchen (Fettgewebsnekrose). Zwecks Herstellung einer freien Darmpassage wird eine Coecostomie angelegt. Die Nachbehandlung erstreckt sich auf anfängliche tägliche Kochsalzinfusionen und Verabfolgung von Tannalbin und Opium zwecks Stuhlregulierung, Stuhl und Winde gehen gut ab, Temperatur zunächst noch erhöht (38), fällt bald ab. Patient wird zwei Monate post operationem beschwerdefrei entlassen. Die Collostomiewunde wird später operativ verschlossen.

Fall II. 24 Jahre altes Mädchen, sehr fettleibig, erkrankt 3 Jahre vor Aufnahme in die Klinik an heftigen Schmerzen in der Magengegend mit Erbrechen. Der Zustand hält etwa 3 Wochen an und verschwindet dann wieder. Acht Tage vor Aufnahme erneuter Anfall in gleicher Weise, sodaß Patientin die Klinik aufsucht.

Der Aufnahmebefund ergibt starke Spannung und Geblähtsein des Leibes, der allenthalben stark druckempfindlich ist. Urin frei von Zucker, zeigt Spuren von Eiweiß. Auf Grund der Anamnese wird Cholecystitis bezw. Pankreatitis angenommen, Laparotomie (Prof. Läwen). In der Gallenblase wird ein Stein getastet, die Gallenblase wird exstirpiert, in ihr findet sich ein Maulbeerstein. Am Netze einige hanfkorngroße, weisliche Nekrosen (Fettgewebsnekrosen). Drainage der Bursa omentalis. Die Nachbehandlung besteht zunächst in Tröpfcheneinläufen und dauernder Reinigung der Wunde durch Drainage. Temperatur schwankt anfangs noch um 38, Leib weich und druckunempfindlich. Patientin befindet sich am Tage des Abschlusses dieser Arbeit völlig beschwerdefrei noch in Behandlung.

Für die Aetiologie kommt bei den beiden vorliegenden Fällen hauptsächlich eine starke Fettleibigkeit in Betracht, die wohl auch sonst als wichtiges Moment für die akute Pankreatitis anzusprechen ist. Weitere Momente sind Alkoholismus, Lues, Cholelithiasis, Arteriosklerose, Bakterien und Traumen. Guleke und Selberg weisen verschiedene Fälle von Pankreatitis nach, die daher resultieren.

Das pathologische Bild der Pankreatitis läßt ausgedehnten Gewebszerfall erkennen, ohne nachweisbare entzündliche Erscheinung, sowie ausgesprochene Fettgewebsnekrosen in Gestalt stecknadelkopf- bis linsengroßer grauweislicher Flecken, die scharf gegen die Umgebung angegrenzt und von einem kleinen roten Hof umgeben sind. Genaue Angaben der pathologischen Veränderungen gibt Fitzner. Ueber die Bildung der Fettgewebsnekrosen herrschen verschiedene Anschauungen, die besonders mit dem Namen

Langerhans, Guleke und v. Bergmann, Hildebrand und Körte verknüpft sind. Hauptursache der Bildung ist im allgemeinen die Einwirkung des verdauenden Fermentes des Pankreassaftes auf die Drüsenzellen.

Die einzelnen Symptome der Pankreatitis sind hauptsächlich wie auch in den beiden Krankengeschichten akut einsetzende heftige Leibschmerzen. die meist im Epigastrium, oberhalb der Nabelgegend lokalisiert sind, und ein akut auftretender Kollaps. Dazu kommt ein starkes Erbrechen ohne jeden fäkulenten Charakter und ein akut einsetzender Ileus in Gestalt von Stuhl und Windverhaltung. Palpatorisch sind im allgemeinen keine Veränderungen nachzuweisen. In einzelnen Fällen findet sich auch leichte Temperaturerhöhung, jedoch gilt diese nicht als ausgesprochenes Symptom der Erkrankung.

Die Diagnose wird meist auf Grund der Anamnese als eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose gestellt, da nicht immer ein absolut klares Krankheitsbild zu Tage liegt. Jedoch weist das Typische der Erkrankung, das nach Guleke in „teils leichteren, teils schweren Koliken, die plötzlich auftreten“ besteht, wie auch das heftige Erbrechen, verbunden mit einem genau im Epigastrium lokalisierten Schmerz, mehr oder minder auf eine akute Affektion des Pankreas hin. Zahlreiche Forscher haben noch andere Wege zur genaueren Diagnostizierung der Krankheit angewiesen. So sprechen Mayo-Robson und Desjardin von charakteristischen Druckpunkten, wie auch ist das Blutbild bisweilen zur Unterstützung der Diagnose herangezogen worden. Einen sicheren Beweis einer Erkrankung am Pankreas gibt die Funktionsprüfung der Verdauung vermittels eines Kapsel- oder Kernprobeverfahrens nach Schmidt.

Bei der Schwierigkeit der Diagnosestellung kommen häufig Irrtümer vor, da differentialdiagnostisch eine Anzahl von Krankheiten in Betracht kommen, deren Symptome denen der akuten Pankreatitis sehr ähnlich und sich nur in geringen Punkten von dieser unterscheiden.

Es sind dies: Akute Castro-Duodenitis.
Appendicitis.
Cholecystitis, bezw. Cholelithiasis.
Perforationsperitonitis.
Akuter Ileus. (Obturationsileus).
Eingeklemmter Uretherstein.
Thrombose der Mesenterialgefäße.

Bezüglich der Therapie kommt vor allem die operative Behandlung in Frage. Sämtliche Ansichten darüber stehen auf dem Standpunkte, daß sofort im Frühstadium der Erkrankung laparotomiert werden muß. Der dabei einzuschlagende Weg verläuft nach Anlegung eines Medianschnittes im Epigastrium durch das Lig. gastrocolicum hindurch direkt zum Krankheitsherd. Bei ausgedehnten Fettgewebsnekrosen wird eine direkte Incision der Drüse selbst empfohlen; bei Mitbeteiligung der Gallenblase in Gestalt einer Cholecystitis empfiehlt es sich stets, die Gallenblase zu exstirpieren. Zwecks Herstellung einer freien Darmpassage wird häufig im Anschluß an die eigentliche Operation eine Cöcostomie vorgenommcn. Die Wunde wird durch Drainage offen gehalten um den Sekret Abfluß zu verschaffen.

Was die Prognose der akuten Pankreatitis anbetrifft, so ist dieselbe selbst bei sofortiger Operation stets ernst zu nehmen. An Hand einer statistischen Aufstellung zahlreicher operierter Fälle ist eine Mortalität von 40% berechnet worden.